

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E CIÊNCIAS CONTÁBEIS
CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

BIANCA REIS XAVIER

**Análise dos gastos em saúde após a inserção do modelo de gestão que
habilita as Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro**

**Rio de Janeiro
2019**

BIANCA REIS XAVIER

**Análise dos gastos em saúde após a inserção do modelo de gestão que
habilita as Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro**

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado
ao Departamento de Ciências Contábeis
(DCC/FACC) da Universidade Federal do Rio
de Janeiro (UFRJ), como requisito parcial para
a obtenção do Grau de Bacharel em Ciências
Contábeis.

Orientadora: Prof^ª. M.Sc. Márcia Maria Oliveira Revoredo

**Rio de Janeiro
2019**

CIP - Catalogação na Publicação

X3a Xavier, Bianca Reis
 Análise dos gastos em saúde após a inserção do
 modelo de gestão que habilita as Organizações
 Sociais no município do Rio de Janeiro / Bianca Reis
 Xavier. -- Rio de Janeiro, 2019.
 44 f.

 Orientador: Márcia Maria Oliveira Revoredo.
 Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
 de Administração e Ciências Contábeis, Bacharel em
 Ciências Contábeis, 2019.

 1. Despesa pública. 2. Organização Social de
 Saúde. 3. Reforma do Estado. I. Revoredo, Márcia
 Maria Oliveira, orient. II. Título.

BIANCA REIS XAVIER

**Análise dos gastos em saúde após a inserção do modelo de gestão que
habilita as Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro**

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado
ao Departamento de Ciências Contábeis
(DCC/FACC) da Universidade Federal do Rio
de Janeiro (UFRJ), como requisito parcial para
a obtenção do Grau de Bacharel em Ciências
Contábeis.

Professora: Márcia Maria Oliveira Revoredo

BANCA EXAMINADORA:

Aprovado em:

Prof^a. M.Sc. Márcia Maria Oliveira Revoredo

M.Sc. em Ciências Contábeis – FAF/UERJ

Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo seu imensurável amor, ao qual me alcançou mesmo sem merecer. Estar na UFRJ e cursar Ciências Contábeis foi um grande presente, um impossível que somente Ele seria capaz de realizar. Sou grata por essa trajetória, pelos momentos de angústia e dificuldades, ao qual através da Sua presença sempre constante tornou-me mais forte e capaz de superar os obstáculos. A ti Senhor seja dada a honra, glória e louvor.

A todo corpo docente do Departamento de Ciências Contábeis da Universidade Federal do Rio de Janeiro e suas mentes brilhantes e inspiradoras que nos motivaram a buscar a excelência. Em especial, agradeço a Prof.^a Márcia Revoredo que aceitou o desafio de me orientar e o Prof. Gleiner Vinícius Costa pela oportunidade a mim concedida na monitoria voluntária da disciplina Teoria das Organizações, permitindo o desenvolvimento e aquisição de habilidades que me trarão benefícios não somente na vida acadêmica como também na profissional.

Aos meus filhos Matheus, Júlia e Liz que me apoiaram para concretização deste sonho. Foi indispensável essa parceria, que entendeu as noites de ausência para manter a frequência acadêmica e o mau humor advindo dos estudos na madrugada e poucas horas de sono. Seus sorrisos foram encorajadores quando as forças já quase não existiam e o cuidado dos mais velhos com a menor foi tranquilizante para que eu pudesse concluir as tarefas.

À minha ex-sogra Tereza Rodrigues, que abraçou a mim e meus filhos, cuidando de nós em tudo quanto fosse necessário.

A meus pais Maura Reis e Apolônio Xavier pelo apoio durante o curso.

À minha querida equipe CHP2 / Renovação formada pelo médico preceptor Jorge Esteves, médicos residentes Juliana Montez, Carolina Chianca, Jaime Charret, Cristine Siston, Joaquim Monard, Raquel Chaves e Marcelo Nakamura, interno Thiago Alleyne, enfermeira Sue Ellen, enfermeira residente Fernanda Portugal, dentista Flávia Guimarães, auxiliar de saúde bucal Sofia, técnica em enfermagem Carmenlucia Barroso e os agentes comunitários de saúde mais parceiros que eu já vi Alex Pessoa, Joelma Araújo, Juliana Tobias, Leandro Cezário e Paulo Henrique Tavares que tanto acreditaram, incentivaram e me apoiaram nessa trajetória.

Aos meus amigos que ultrapassaram a barreira de companheiros de trabalho Sílvia Cabral, Denise Kelly, Alex Bonifácio e Anderson Araújo, estando presentes desde a escolha do curso. Suas palavras de incentivo, fé, conselhos e exortações foram estimulantes nessa trajetória.

Ao meu amigo e pastor Jovani Vilaverde, um grande homem de Deus enviado para cuidar de mim (inclusive a distância) com sábios conselhos e em oração. Exemplo de fé e de comunhão, sempre gentil, preocupado e zeloso, um verdadeiro paizão.

Ao amigo Carlos Alberto Moraes, que esteve presente desde o primeiro período, por seu esforço, dedicação e paciência, passando algumas madrugadas no WhatsApp me auxiliando em vários trabalhos e se dispondo a ir até minha casa ensinar cálculo enquanto estive de licença maternidade.

Aos amigos Pedro Vieira, Igor Teixeira e Anderson Monteiro, onde juntos formávamos o quarteto “Fairness, Disclosure, Accountability e Compliance”. Com vocês a graduação passou a ser muito mais divertida e o rendimento acadêmico muito melhor.

Ao amigo Anderson cabe um agradecimento especial por ter sido tão companheiro durante todo o curso, em especial na construção desse TCC atuando como “coorientador”. Sua dedicação, comprometimento e foco me auxiliaram mais uma vez em um momento em que eu achei que não fosse ser mais capaz. Obrigada pelo tempo disponibilizado e pelos conselhos que sempre acrescentaram em minha vida.

Aos amigos Eduardo Mendes, Luana Xavier e Josafá Alberto pela companhia de enfrentar os desafios encontrados na graduação.

A todos que oraram e intercederam por mim para que Deus renovasse as minhas forças e derramasse da sua graça para alcançar a promessa.

E por fim, agradeço àqueles que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento do trabalho, garantindo que eu alcançasse mais uma vitória.

“Mas, como está escrito: As coisas que o olho não viu, e o ouvido não ouviu, e não subiram ao coração do homem, são as que Deus preparou para os que o amam.”

1 Coríntios 2:9

RESUMO

A Reforma do Estado foi proposta a fim de combater a ineficiência do modelo burocrático, apresentando medidas pautadas na qualidade e produtividade do serviço público. Alguns serviços tornaram-se não exclusivos e foram publicizados, permitindo o Estado assumir o papel de coordenador, promotor e fiscalizador dos serviços. A área da saúde aderiu à “publicização”, qualificando entidades privadas como Organizações Sociais (OS) para que os serviços sociais sejam realizados mais eficientemente. A condição de direito privado dá autonomia administrativa e financeira as OS, simplificando os processos institucionais de forma a garantir o melhor uso dos recursos. Desta forma, o presente trabalho visa analisar os gastos em saúde no município do Rio de Janeiro no período de 2002 a 2018, relacionando a inserção do novo modelo de gestão que habilita as OS. A pesquisa é classificada, quanto ao objetivo, como descritiva; quanto aos procedimentos, como estudo de caso bibliográfico e documental; e, em relação ao problema, como quantitativa. Para análise dos dados foram realizados testes de diferença das médias e de regressão múltipla, nesta ordem. Os resultados encontrados demonstram que a variação total de despesas liquidadas na área da saúde é explicada, em parte, pela mudança do modelo de gestão que instituiu as OS, dado que há outras variáveis que poderiam justificar o aumento em tal gasto, como a Copa do Mundo de 2014 e os jogos olímpicos de 2016.

Palavras-chave: Modelos de Gestão, Reforma do Estado, Saúde e Organização Social.

ABSTRACT

The State Reform was proposed to tackle the inefficiency of the bureaucratic model, providing policies based on the quality and productivity of the public service. Some services became non-exclusive and were publicized, enabling the State to assume the role of coordinator, promoter and inspector of the services. The healthcare area adhered to the publicity, qualifying private entities as Social Organizations (SO) so that social services could be performed more efficiently. The private law condition gives administrative and financial autonomy to SO, simplifying institutional processes to ensure the best use of resources. Thereby, the present study aims to analyze health expenditures in the city of Rio de Janeiro from 2002 to 2018, relating the insertion of the new management model that enables SO. The research is ranked by its objective, as descriptive, regarding to the procedures, as case study bibliographical and documental, and with respected to the problem, as quantitative. For analysis of the data, mean difference and multiple regression tests were performed, in this order. The results shows that the change in the total public expenses in health area is explained in part by the change in the management model that instituted the SO, since there are other variables that could justify the increase in such expenses, as the 2014 World Cup and the 2016 Olympics.

Key words: Management Models, State Reform, Health, Social Organization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Despesas liquidadas por subfunção	27
Tabela 2 - Teste de Normalidade	28
Tabela 3 - Teste de Homogeneidade	29
Tabela 4 - Teste de Diferença de Médias - ANOVA.....	30
Tabela 5 - Modelos de Regressão	34
Tabela 6 - Tabela ANOVA - Modelo 4.....	34
Tabela 7 - Análise individualizada dos Coeficientes	35

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - ANOVA global dos modelos de Regressão.....	41
Anexo 2 - Coeficientes de todos os modelos da Regressão	42
Anexo 3 - Variáveis excluídas de todos os modelos da Regressão.....	43
Anexo 4 - Colinearidade das Variáveis dos Modelos	44

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	12
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
1.3 OBJETIVO.....	13
1.4 JUSTIFICATIVA	13
1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
2.1. REFORMA NO APARELHO DO ESTADO.....	15
2.2. ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE	18
3. METODOLOGIA	23
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS	26
4.1. DESCRIÇÃO DOS GASTOS COM A SAÚDE	26
4.1.1 CRESCIMENTO DO INVESTIMENTO – FUNÇÕES IMPACTADAS	27
4.1.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DO IMPACTO NA FUNÇÃO SAÚDE E EM SUAS SUBFUNÇÕES.....	28
4.2. TESTE DE COMPARAÇÃO DE MÉDIAS – TABELA ANOVA	29
4.3. ANÁLISE POR REGRESSÃO LINEAR	30
4.3.1 PRESSUPOSTOS DA REGRESSÃO	31
4.3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA REGRESSÃO	32
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	38

1 Introdução

1.1 Contextualização

A Constituição-cidadã de 1988 marcou a redemocratização do país, instituindo direitos sociais e liberdade individual. Tratada como direito fundamental, a saúde é assegurada no art. 196 como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Desta forma, o Estado assume a responsabilidade de formular políticas públicas para atender a população.

Surge assim os esboços do Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual o art. 198 estabelece as diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, incluindo o contexto social ao atender as demandas do usuário, priorizando ações preventivas, porém sem danos a assistência curativa; e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A descentralização do sistema público de saúde distribui a responsabilidade entre os níveis do governo federal, estadual e municipal, resultando em maior autonomia financeira das partes. Ao município, a medida o permite atuar de forma mais relevante enquanto ente público, especialmente por ser o nível de governo mais próximo à população.

O papel intervencionista do Estado, ordenado pelo modelo burocrático de gestão, provocou a expansão exacerbada da administração pública, resultando em alto custo e baixa qualidade do serviço. Como forma de combate à ineficiência do modelo, o Ministério da Administração elaborou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que consistia na reorganização da administração pública focando na qualidade e produtividade do serviço (BRASIL, 1995).

A reforma baseou-se no modelo gerencial de gestão, abrangendo modernos conceitos de administração e eficiência e focado no controle de resultados. Para tal, o PDRAE apresentou como medida de “promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços sociais oferecidos pelo setor público”, a descentralização na execução de serviços não exclusivos do Estado, transferindo a gestão desses serviços e atividades para o setor privado (MARE, 1995). A esse processo, dá-se o nome de “publicização”. À vista disso, o Estado assume o papel de coordenador, promotor e fiscalizador de serviços e não mais provedor exclusivo e executor de políticas públicas (KLERING; PORSSE, 2014).

A “publicização” prevê que uma organização privada seja habilitada à qualificação de Organização Social (OS). As OS são entidades privadas sem fins lucrativos, ao qual mediante um contrato de gestão firmado com o governo têm a função de administrar uma instituição

pública, estruturando o serviço “segundo critérios de eficiência e eficácia de forma desburocratizada” (BARBOSA; ELIAS, 2010). Através da lei nº 9.637/1998 o governo federal a instituiu.

No município do Rio de Janeiro a qualificação de OS se dá no ano de 2009, através da Lei nº 5.026. Mediante política de governo, a área da saúde adotou a “publicização” como estratégia de expansão de seus serviços. Desta forma, as OS poderiam atuar em unidades criadas posteriormente a lei e nos equipamentos vinculados ao Programa de Saúde da Família (PSF)¹ (RIO DE JANEIRO, 2009). Este novo modelo de gestão possibilitou a expansão do modelo de saúde por toda a cidade, proporcionando melhorias na área de forma a atuar com mais eficiência e com menor custo (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

1.2 Problema de pesquisa

Neste contexto, este estudo apresenta o seguinte problema de pesquisa: Qual a relação entre os gastos públicos em saúde e a inserção do modelo gerencial, que instituiu as Organizações Sociais (OS), na Administração Pública do município do Rio de Janeiro?

1.3 Objetivo

O objetivo deste estudo é analisar os gastos em saúde no município do Rio de Janeiro no período de 2002 a 2018, observando a adesão do município ao modelo de gestão que habilita as Organizações Sociais mediante a Lei nº 5.026/99.

1.4 Justificativa

Em meio a uma grave crise na área da saúde no município do Rio de Janeiro devido a dificuldades financeiras, a justificativa do trabalho é demonstrar de que forma a máquina administrativa está sendo gerenciada. Culau e Fortis (2006) afirmam que a ampliação do nível de acesso ao cidadão sobre as informações da gestão pública aproxima o Estado da sociedade.

1.5 Organização do Trabalho

¹ O PSF tornou-se Estratégia de Saúde da Família em 2006 e é considerado a porta de entrada do Sistema de Atenção à Saúde.

O trabalho encontra-se estruturado em cinco partes: introdução, revisão de literatura, metodologia, análise dos resultados e considerações finais. A introdução apresenta a contextualização, o objetivo, o problema de pesquisa e a importância do estudo. A revisão de literatura apresenta as bases conceituais do estudo, bem como algumas evidências observadas em estudos anteriores sobre o tema. A metodologia descreve o conjunto de procedimentos utilizados para atingir o objetivo do estudo. A análise dos resultados apresenta a descrição e análise dos dados obtidos. As considerações finais descrevem os resultados encontrados com a pesquisa.

2 Revisão bibliográfica

2.1 Reforma no Aparelho do Estado

A ampliação da responsabilidade do Estado na formulação de políticas públicas após Constituição Federal de 1988, ordenada pelo tradicional modelo burocrático de gestão, colaborou com a crise do Estado. A forma rígida de gestão tornou-se ineficiente à medida que aumentou a demanda dos setores do governo e da sociedade e resultou em alto custo e baixa qualidade do serviço na administração pública (LEITE, 2013).

O modelo burocrático de gestão surge no Brasil na década de 30 com o objetivo de combater a corrupção e o nepotismo característico da gestão patrimonialista, onde a propriedade pública e privada confundiam-se entre si (CAMPELO, 2010; ALESSANDRA, 2016). Fundamentado em normas legais racionalmente definidas, o foco é voltado para si e para o controle interno, de forma a afirmar o poder do Estado (MARE, 1995; CAMPELO, 2010). Esse modelo de gestão traz ênfase nos aspectos formais, centralização de decisões, hierarquia funcional rígida, estrutura piramidal do poder, rotinas rígidas e impessoalidade nas relações (BRESSER PEREIRA, 1998; ALESSANDRA, 2016).

Como forma de combate à ineficiência do modelo, em 1995 o Ministério da Administração propôs a reforma no aparelho do Estado. Dirigida pelo ministro Bresser Pereira, foi elaborado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), a fim de “reorganizar as estruturas da administração com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público” (MARE, 1995).

A reforma baseou-se no modelo gerencial de gestão, que tem por objetivo a maximização da qualidade do serviço e a minimização dos custos, com base na eficiência e efetividade (LOPES et. al, 2018). A reforma é entendida como ato fundamental para que o governo alcance sua capacidade (MARE, 1995).

A questão básica da reforma gerencial é pautada em um novo modelo institucional construído e orientado por princípios de flexibilidade gerencial, descentralização, autonomia, *accountability*, transparência, inclusão social e eficiência fiscal, concentrado no resultado (REZENDE, 2009; CAMPELO, 2010). O cidadão é o foco deste modelo de gestão (SANTOS, 2018).

As atividades do Estado, segundo o PDRAE, são distinguidas em dois tipos: a) atividades exclusivas: setor no qual são prestados serviços que somente o Estado pode realizar - poder de legislar, regular, fiscalizar, fomentar e formular políticas públicas; b) serviços não

exclusivos: setor onde o Estado atua de forma simultânea com outras organizações públicas não-estatais e privadas (MARE, 1998). À vista disso, o Estado deixa a função de provedor exclusivo e executor de políticas públicas e assume o papel de coordenador, promotor e fiscalizador de serviços (KLERING; PORSSSE, 2014).

As atividades exclusivas têm os seguintes objetivos:

- [...] substituir a administração pública burocrática, rígida, voltada para o controle a priori dos processos, pela administração pública gerencial, baseada no controle a posteriori dos resultados e na competição administrada.
 - Fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação popular tanto na formulação quanto na avaliação de políticas públicas, viabilizando o controle social das mesmas.
- (MARE, 1995)

As atividades não-exclusivas têm os seguintes objetivos:

- “Transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais [...].
 - Lograr, assim, uma maior autonomia e uma consequente maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços.
 - Lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços por parte da sociedade através dos seus conselhos de administração. [...]
 - Lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações.
 - Aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor.”
- (MARE, 1995)

De forma geral, a reforma do Estado tendia a facilitar o ajuste fiscal, em curto prazo, e tornar a administração pública mais moderna e eficiente, a longo prazo (LEITE, 2013).

Acerca da eficiência administrativa, é previsto como estratégia a “publicização” dos serviços não exclusivos do Estado, que consiste na transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não estatal mantendo o caráter público à entidade de direito privado, mediante um contrato de gestão (MARE, 1995). Desta forma, é previsto que uma organização privada seja habilitada para qualificar-se como Organização Social (OS).

Mediante a Lei Federal nº 9.637/98, as OS foram instituídas como modelo de parceria do Poder Público-Privado, as quais têm atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998).

Acerca do ajuste fiscal, a Lei Complementar nº 101 de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) - entra em vigor estabelecendo as três esferas do governo critérios, condições e limites à gestão orçamentária, financeira e patrimonial voltadas para a responsabilidade na

gestão fiscal. É sustentada sobre quatro pilares: o planejamento, a transparência, o controle e a responsabilidade.

Seu alcance dar-se-á mediante as seguintes ações: a) cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas; b) avaliação periódica das contas públicas e fixação de metas de resultados fiscais; c) limitação de gastos com pessoal; d) condições no que se refere a seguridade, dívida, operações de crédito, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar; e) imposição de normas para a criação de despesas de caráter continuado; e f) responsabilização dos gestores que descumprirem os preceitos estabelecidos (BRASIL, 2000).

A ação planejada será o suporte da gestão fiscal. Os instrumentos de planejamento de gestão, conforme art. 165 da CF/1988, os são: o Plano Plurianual (PPA), a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Através desses instrumentos serão estabelecidos diretrizes, objetivos, metas e prioridades do governo, de forma a controlar a execução orçamentária. Para Silva (2016), a partir desses instrumentos, a LRF busca reforçar a vinculação das atividades de planejamento com a execução do gasto público.

Conforme o PDRAE, o gasto com pessoal é a maior despesa do orçamento público (BRASIL, 1995). Desta forma, em consonância com o estabelecido no art. 169 da CF/88, a LRF estabelecerá o limite em cada período da despesa com o pessoal: a) União: 50%; b) Estados: 60%; e c) Municípios: 60% (BRASIL, 2000). A Receita Corrente Líquida (RCL) será utilizada como parâmetro para a base de cálculo desta e das demais limitações impostas pela LRF.

Fundamentada no princípio da publicidade expresso na Constituição Federal, a transparência consiste na divulgação oficial dos atos praticados pelos agentes da administração pública a toda população (VERÍSSIMO, 2012). Assim, a transparência implica em prestação de contas, ao qual ocorre mediante a ampla divulgação em veículos de comunicação, inclusive em meio eletrônicos, dos instrumentos de transparência da gestão fiscal pelo chefe do Poder Executivo (BRASIL, 2000).

Os instrumentos de transparência da gestão fiscal são definidos no art. 48 da LRF: a) os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; b) as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; c) o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal, com base nas informações contábeis; e d) as versões simplificadas desses documentos (BRASIL, 2000).

A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas”, durante a elaboração e execução dos instrumentos de planejamento (BRASIL, 2000). Segundo Jorge (2018), o controle social desempenha um

papel imprescindível na fiscalização dos gastos públicos, onde a participação do cidadão opinando sobre as prioridades e fiscalizando a aplicação dos recursos, complementam o controle realizado por órgãos fiscalizadores.

O cumprimento das normas e limites da LRF, bem como verificação dos cálculos dos limites da despesa com pessoal, será verificado pelos Tribunais de Conta, ao qual alertará os Poderes caso os gastos estejam próximos ao estipulado na LRF (BRASIL, 2000). O seu não cumprimento acarretará em sanções: a) institucionais, como a suspensão de transferências voluntárias, obtenção de garantias e contratação de operações de crédito; e b) pessoais, onde os governantes poderão ser responsabilizados pessoalmente e punidos com a perda de cargo, inabilitação para exercício de emprego público, prisão e multa, conforme a Lei nº 10.028/2000 - Crimes de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000).

2.2 Organização Social em Saúde

Organização Social (OS) é uma qualificação atribuída pelo Poder Executivo às “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1998).

O governo federal, através da Lei nº 9.637/1998, implementou essa qualificação como modelo de parceria público-privada, a fim de transferir a gestão dos serviços e atividades não exclusivas do Estado para o setor público não estatal, de forma que os serviços de caráter social sejam realizados mais eficientemente (MARE, 1995).

Cherchiglia e Dallari (1999), pautados no PDRAE, definem que os objetivos das organizações sociais são:

obter maior autonomia e flexibilidade dos serviços; centrar maior foco no cidadão-usuário e maior controle social direto desses serviços por parte da sociedade; lograr, finalmente, parceria entre o Estado e a sociedade baseada em resultados. (CHERCHIGLIA; DALLARI, 1999)

A parceria entre Estado e OS é firmada mediante um contrato de gestão, estabelecendo os objetivos, as metas e os prazos do acordo, onde a OS será responsável pelos resultados e o Estado pelo financiamento e fiscalização das atividades públicas. André (1999) conceitua o contrato de gestão como elemento que “propõe-se veículo de implantação de uma gestão pública por objetivos, como eixo central de um competente sistema de planejamento e controle da implantação de políticas públicas”.

Este modelo de parceria público-privado goza de autonomia administrativa e financeira, graças a sua condição de portador de direito privado. Esse fator, segundo Barbosa (2010), gera vantagem na simplificação dos processos institucionais de forma a garantir o melhor uso dos recursos. Ademais, segundo Coelho e Greve (2016), há ampliação na oferta de serviços.

O setor da saúde foi a principal área a adotar o modelo de OS para gestão (SANO; ABRUCIO, 2008; CONTREIRAS; MATTA, 2015). A flexibilidade na execução orçamentária e financeira, permite a contratação de pessoal sem a obrigatoriedade de atender os limites impostos pela LRF, facilitando a expansão do serviço (COELHO; GREVE, 2016; MORAIS *et al.*, 2018).

O Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei nº 8.080/1990, adotou a descentralização político-administrativa como uma de suas diretrizes, com ênfase na municipalização dos serviços, redistribuindo o poder, competências e recursos aos municípios (BRASIL, 1990).

Segundo Clemente, Gerick e Taffarel (2010), a descentralização permite ao município atuar de forma mais relevante enquanto ente público pondo-o em papel de destaque, pois favorece a identificação dos problemas e suas soluções, contribuindo de forma mais efetiva para o desenvolvimento local.

Para Ugá et al. (2003), a constituição da municipalização como "eixo condutor do processo de descentralização do sistema" permitiu o município assumir "o papel de atores estratégicos do SUS". Conforme art. 37, inciso VII, da CF/1988, isso se deve a sua competência de prestar serviços de atendimento à saúde da população com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado. (BRASIL, 1988).

À direção municipal do SUS é atribuído as seguintes competências, conforme art. 18 da Lei nº 8.080/1990:

- "I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; [...]
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; [...]
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; [...]
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação." (BRASIL, 1990)

No município do Rio de Janeiro a qualificação de Organização Social de Saúde (OSS) se dá através da Lei nº 5.026/99, permitindo sua atuação em equipamentos vinculados ao Programa de Saúde da Família e unidades criadas posteriormente a lei (RIO DE JANEIRO, 2009). Este novo modelo de gestão possibilitou a expansão dos serviços de saúde por todo o município, resultando em sua atuação de forma mais eficiente e com menor custo (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

2.3 Resultados de Estudos Anteriores

A gestão burocrática é analisada no estudo de Cordeiro (2017). O autor define as características do modelo e pontua suas contribuições na Administração Pública do século XXI. Baseado na visão de autores como Weber e Eisenstadt, este modelo de gestão é considerado um instrumento com capacidade de garantir alta eficiência administrativa. Este fator se deve a precisão, velocidade, clareza, conhecimentos dos arquivos, discrição, entre outros atributos que caracterizam o modelo. Ademais, o modelo contribui para o combate à improbidade administrativa ao pautar suas ações no uso da racionalidade.

Por outro lado, o estudo de Henrique e Ricci (2011) afirma que as ações vinculadas ao modelo burocrático de gestão tornam-no inviável a administração eficiente. O controle baseado nos processos, torna rígida a execução das ações dos agentes, já que devem obedecer às normas estabelecidas. O estudo buscou fazer uma análise crítica aos modelos de administração pública, pontuando como resposta a ineficiência do modelo burocrático a demanda do setor público por uma gestão mais flexível, com foco nos resultados.

O estudo de Santos (2018) aborda a influência do modelo gerencial no desenvolvimento da administração pública no Brasil. Inicialmente, o autor pontua as características e faz críticas aos modelos que o antecedem (patrimonialista e burocrático), reforçando a necessidade de um novo modelo de gestão. Com foco nos resultados, o modelo busca qualidade, transparência e efetividade na alocação dos recursos públicos através da descentralização. Para o autor, o modelo gerencial é o que fornece mais mecanismos para atender as demandas da população, aproximando-as do serviço público. Através do uso das tecnologias de informação e comunicação, como o orçamento participativo, há diversificação e melhoria dos serviços públicos prestados.

Em oposição, além de críticas ao modelo burocrático, o estudo de Henrique e Ricci (2011) também o faz ao modelo gerencial. A preocupação apenas com o resultado, faz o

modelo gerencial ignorar a qualidade no processo. Graças a descentralização, há redução da atuação do Estado, fator este que pode restringir a população de seus direitos e benefícios essenciais.

O trabalho de Coelho e Greve (2016) aborda a contratação indireta na atenção básica em saúde mediante parceria público-privado. Foram realizados dois estudos, um de caráter qualitativo e outro quantitativo em municípios do Estado de São Paulo. O estudo qualitativo foi aplicado em 4 municípios de médio porte nos anos de 2013 e 2014 com o objetivo de entender a dinâmica política e organizacional responsável pela expansão da contratação indireta. Os resultados apontam que a parceria flexibiliza a gestão dos recursos humanos, aprimora a gestão e amplia o serviço nas periferias. O estudo quantitativo foi aplicado em 645 municípios nos anos de 2001 a 2012 com o objetivo de investigar os impactos da contratação indireta sobre a oferta de serviços e a saúde da população. Os resultados demonstram aumento no número de consultas e redução nas taxas de internação. A combinação das análises indica, como resultado final, que a parceria público-privada pode contribuir para um melhor desempenho da gestão dos sistemas municipais de atenção básica em saúde.

Por outro lado, o estudo de Soares et al. (2016) afirma que os problemas de gestão de serviços no SUS não podem ser resolvidos com a transferência de gestão para as OSS. Através da revisão de literatura, foram analisados estudos no período de 1998 a 2015, onde buscou-se identificar o papel das OSS ao assumir a gestão de serviços do SUS. O autor sugere limitações nos estudos, de forma a não possibilitar que se conclua maior eficiência na gestão de serviços do SUS prestados pela OSS do que pela gestão pública, tornando implausível a afirmativa da OSS ser a melhor alternativa gerencial. Ademais, há fortes argumentos legais, administrativos e políticos sugerindo que a gestão pela OSS tende a fortalecer a privatização do SUS, ameaçando seu caráter público.

O estudo de Santos Neto (2017) aborda a análise do financiamento e o gasto do SUS, destacando a importância dos dados como instrumento de suporte aos gestores municipais para avaliação de suas ações políticas na gestão da saúde. O estudo analisou sete municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do Estado de São Paulo no período de 2009 a 2012. As receitas disponíveis são em grande parte compostas por impostos próprios. Dado a este fator, constatou-se a fragmentação e heterogeneidade do SUS, ocasionando iniquidades locais. A fragmentação foi influenciada pela municipalização e não fortalecimento efetivo das regiões de saúde e a heterogeneidade foi gerada por padrões diferentes de financiamento e gastos. Apesar de todos os municípios apresentarem evolução positiva nas receitas e gastos em saúde, as regiões não possuem instrumentos suficientes para exercer na íntegra a

autonomia regional. O autor sugere novas políticas públicas a fim de suprir as necessidades dos municípios quanto a recursos financeiros e tecnológicos para melhor gestão.

3 Metodologia

3.1 Classificação da Pesquisa

A pesquisa é classificada como descritiva quanto ao objetivo, pois visa descrever e descrever a aplicação dos recursos do orçamento destinado a área da saúde a nível municipal. De acordo com Gil (2002), a pesquisa descritiva objetiva recolher informações e conhecimentos prévios acerca de um problema para o qual se procura resposta.

Já quanto ao procedimento adotado, caracteriza-se como estudo de caso com enfoque no orçamento destinado a área da saúde no município do Rio de Janeiro. De acordo com Beuren (2013), esse tipo de pesquisa tem como característica a concentração do estudo de um único caso, de forma a aprofundar seus conhecimentos em caso específico. A pesquisa é também bibliográfica e documental, onde a pesquisa bibliográfica buscou levantar os assuntos relacionados ao tema a ser pesquisado para construção do referencial teórico e a pesquisa documental envolveu o levantamento de dados acerca do orçamento do município.

E classificada como quantitativa em relação ao problema. De acordo com Fonseca (2002), a pesquisa quantitativa é centrada na objetividade, onde a compreensão da realidade se baseia na análise de “dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros”. Também se classifica de tal forma pela utilização de ferramentas estatísticas na análise dos dados.

3.2 População e Amostra

A pesquisa se limita a área da saúde no município do Rio de Janeiro - RJ. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município é o segundo mais populoso do país, com uma população estimada de 6.688.927 pessoas no ano de 2018. A amostra é definida como não probabilística e selecionado devido sua relevância social e econômica. O período compreendido foi entre os anos de 2002 e 2018, devido aos seguintes fatores: (i) a então vigente Lei de Responsabilidade Fiscal; (ii) a mudança de governo no âmbito executivo federal, que pode ter afetado o montante de recursos federais transferidos aos municípios; (iii) número de períodos antes e depois da implementação do modelo gerencial, facilitando dessa forma a comparabilidade.

3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu mediante documentos financeiros obtidos junto ao portal da transparência do município. Foram utilizados dados bimestrais do anexo II da LRF, no que se refere as despesas liquidadas, pelos seguintes motivos respectivamente: (I) Tal anexo foi apresentado de forma digitalizada e de fácil acesso durante todo o período compreendido pela pesquisa; (II) Com base no artigo 63 da lei 4.320/1964, a fase da despesa é aquela em que o credor já teria o direito adquirido, dessa forma, para o alcance do objetivo considerou-se essa fase como gasto amparado pelo regime de competência, pois ainda que a saída de caixa não tenha ocorrido dentro do exercício, é líquido e certo que ocorrerá.

3.4 Metodologia de Análise

Para atingir o objetivo proposto, foram efetuadas duas análises estatísticas. Inicialmente, foi realizado um teste de diferença de médias para verificar se a média das despesas liquidadas antes da inserção do modelo de gestão foi diferente daquela obtida após tal fato. Em seguida, foi realizada a análise de correlação entre as variáveis e, por fim, a análise através do modelo de regressão linear múltipla. Ambas as etapas foram realizadas por meio do software SPSS. A correlação e regressão compreendem análises de dados amostrais com a finalidade de saber se e como duas ou mais variáveis encontram-se relacionadas uma a outra numa população (STEVENSON, 1981).

Inicialmente, a análise de correlação buscará verificar se existe a relação entre as despesas liquidadas na área da saúde e a mudança do modelo de gestão. Tal análise será realizada considerando o somatório total entre as despesas liquidadas em cada semestre, excluindo aquelas que seriam intra-orçamentárias, confrontando com a mudança de modelo como variável *dummy*, sendo “0” representando os anos em que o modelo utilizado era o burocrático e “1” naqueles em que passou a ser gerencial, com base na lei das OS.

Para o modelo de regressão linear, foi utilizada como variável dependente as despesas liquidadas na área da saúde, segundo o anexo II, por função, sendo seu somatório subdividido em: (I) Ação Legislativa; (II) Administração Geral; (III) Normatização e Fiscalização; (IV) Tecnologia da Informação; (V) Formação de Recursos Humanos; (VI) Assistência ao Idoso; (VII) Atenção Básica; (VIII) Assistência Hospitalar e Ambulatorial; (IX) Suporte Profilático e Terapêutico; (X) Vigilância Sanitária; (XI) Vigilância Epidemiológica; (XII) Alimentação e

Nutrição. Como variável independente, será utilizada a alteração do modelo de gestão, a mudança de governo.

3.5 Hipótese de Pesquisa

As hipóteses desta pesquisa se baseiam na mesma lógica empregada em estudos anteriores. São elas:

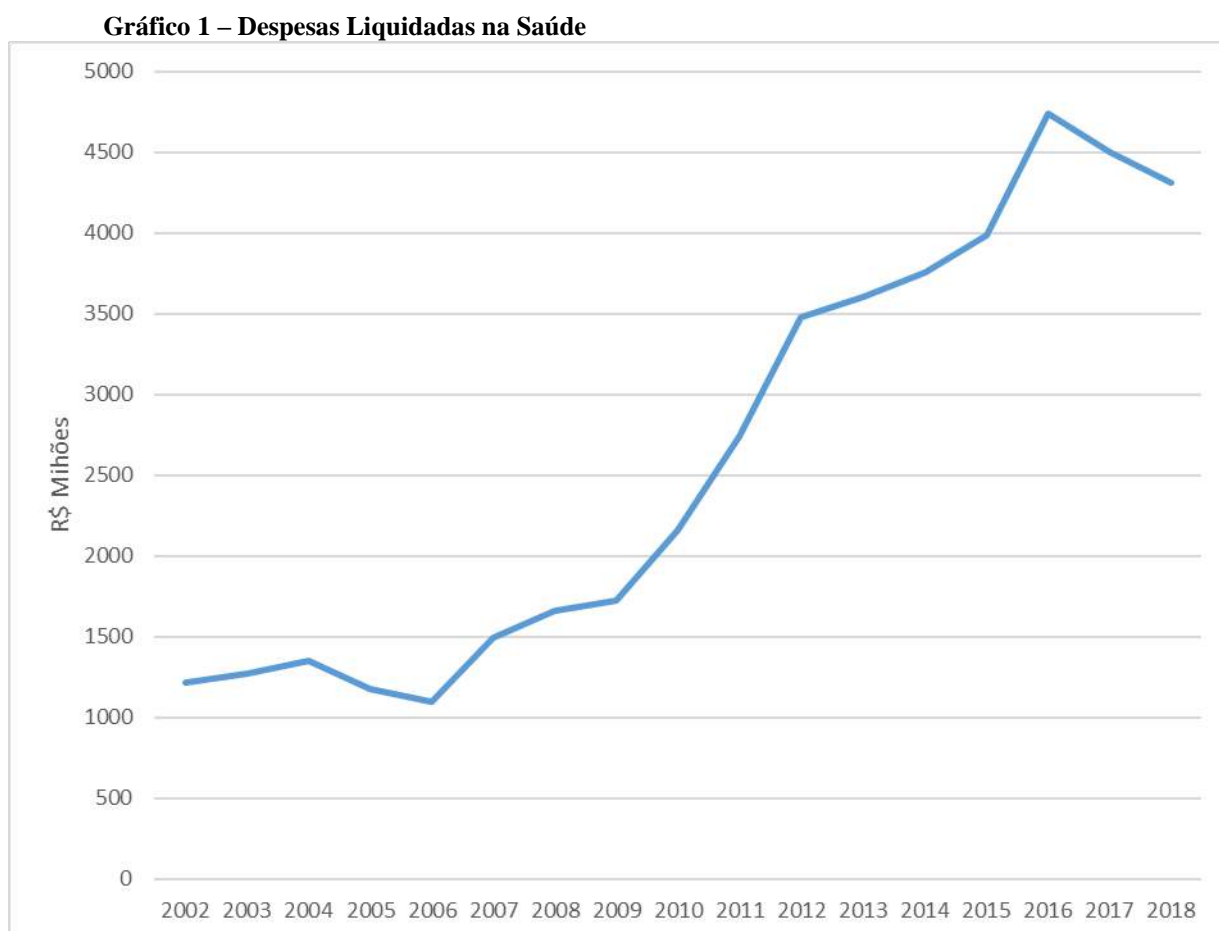
- H0: Não existe relação entre a mudança do modelo de gestão e as despesas liquidadas na função “Saúde” no município do Rio de Janeiro.
- H1: Existe relação entre a mudança do modelo de gestão e as despesas liquidadas na função “Saúde” no município do Rio de Janeiro.

Considerando o objetivo da presente pesquisa que é a comprovação da relação entre a mudança de modelo de gestão, para o modelo descentralizado, e as despesas liquidadas na área da saúde permite, por sua vez, afirmar que a variação se deu mais por tal mudança do que por outras variáveis.

4 Análise dos Resultados

4.1 Descrição dos gastos com a saúde

De acordo com o Balancete Resumido de Execução Orçamentária, as despesas com a saúde, teria variado conforme o gráfico abaixo:



Fonte: Elaboração própria com base nos dados constantes nos Anexos II da LRF.

De acordo com o gráfico, é notável que os investimentos na área da saúde cresceram de forma acentuada por volta do período em que a lei das OS passou a ter vigência, atingindo o ápice no ano de 2016 em que o investimento foi de aproximadamente R\$ 4,8 bilhões.

Entretanto, cabe destacar que outros pontos precisam ser analisados, tais quais: as áreas em que esse investimento mais foi impactante, os testes dos pressupostos estatísticos para a realização do teste paramétrico de diferença de médias de despesas liquidadas no período em que a lei passou a ser vigente e a mesma média no período anterior, o teste de diferença de médias pela tabela ANOVA e por fim a análise de regressão com variáveis *dummy*.

4.1.1 Crescimento do investimento – funções impactadas

A fim de demonstrar a proporção de cada área da saúde na variação total, a função foi discriminada em subfunções, agrupadas pelos totais gerais quadrienais, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 – Despesas liquidadas por subfunção

Sub Funções (Em Milhares de R\$)	2002 + 2005	2006 + 2009	2010 + 2013	2014 + 2018	Total	%	F
Administração Geral	516.276	29.726	67.339	64.765	678.107	2%	17
Normatização e Fiscalização	-	-	1.664	3.023	4.688	0%	9
Ação Legislativa*	-	-	-	-	-	0%	0
Tecnologia da Informação	14.774	9.122	36.035	227.867	287.798	1%	16
Formação de Recursos Humanos	22.695	50.617	85.204	284.285	442.801	1%	17
Assistência ao Portador de Deficiência*	4.167	-	-	-	4.167	0%	4
Assistência ao Idoso (2016)*	-	-	-	-	-	0%	0
Assistência Comunitária*	-	50	-	-	50	0%	1
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	3.780.437	4.875.332	7.253.516	12.528.190	28.437.476	64%	17
Atenção Básica	532.443	904.573	3.973.065	7.118.712	12.528.792	28%	17
Vigilância Sanitária	44.615	83.561	169.811	298.356	596.343	1%	17
Suporte Profilático e Terapêutico	24.059	-	221.012	410.480	655.551	1%	13
Vigilância Epidemiológica	16.691	25.520	175.562	351.580	569.354	1%	16
Previdência do Regime Estatutário (2003)	67.925	-	-	-	67.925	0%	1
Alimentação e Nutrição*	-	-	-	1.150	1.150	0%	4
Direitos Individuais, Coletivos e Difusos	370	505	-	-	875	0%	8
	5.024.452	5.979.007	11.983.209	21.288.408	44.275.076	100%	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados constantes nos Anexos II da LRF; * - Subfunções com baixa frequência de liquidação.

A tabela 1 apresenta os montantes de despesas que foram liquidadas, bem como aquelas que o governo destinou dotação inicial, mas que não incorreu até tal fase. Nesse sentido, destacam-se as subfunções “Ação Legislativa” e “Assistência ao Idoso”, cujo montante possuía dotação inicial ou foi empenhado, mas que não chegou a fase de liquidação em dezessete anos. Outros casos similares como das subfunções “Assistência ao Portador de Deficiência” e “Alimentação e Nutrição” foram descartados devido à baixa representatividade na amostra e relevância econômica.

Embora tenha sido observada uma única vez, a subfunção caso da “Previdência do Regime Estatutário” possui relevância no contexto do ano de 2003, devido a Emenda Constitucional 2003 (EM 2003) que garantiu aos ingressantes na carreira pública, até o dia 31 de dezembro daquele ano, proventos integrais correspondentes a totalidade da remuneração. Com isso, apresentando um montante de aproximadamente R\$ 68 milhões, tal subfunção nesse ano ficou entre aquelas que tiveram maior volume de liquidações na área saúde, ficando atrás apenas da “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” (AHA) e “Atenção Básica” (AB). Cabe ressaltar que, a subfunção “Administração Geral” foi a única que apresentou queda,

inclusive no período de 2014 e 2018 em que os gastos na saúde aumentaram de uma forma geral.

Por fim, a AHA e a AB se destacam como sendo aquelas que possuíram maiores dispêndios durante todo o período observado, em que a primeira consumiu no último quadriênio aproximadamente 59% do total de despesas enquanto a segunda consumiu aproximadamente 11% no primeiro quadriênio, sendo esses os valores mínimos consumidos por essas subfunções de acordo com tabela 1.

4.1.2 Análise estatística do impacto na função Saúde e em suas Subfunções

Para verificar se a média das despesas liquidadas no período após a implementação do modelo gerencial foi maior do que a média do período anterior, de 2002 até 2009, foram testados os pressupostos de normalidade e de homogeneidade conforme as tabelas 2 e 3 respectivamente.

Tabela 2 – Teste de Normalidade

Função / Subfunções	Situação	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Saúde (total)	Antes	0,161	48	0,003	0,960	48	0,100
	Depois	0,209	48	0,000	0,894	48	0,000
Administração Geral	Antes	0,305	48	0,000	0,669	48	0,000
	Depois	0,218	48	0,000	0,612	48	0,000
Tecnologia da Informação	Antes	0,285	48	0,000	0,596	48	0,000
	Depois	0,274	48	0,000	0,626	48	0,000
Formação de Recursos Humanos	Antes	0,327	48	0,000	0,587	48	0,000
	Depois	0,066	48	,200*	0,981	48	0,641
Atenção Básica	Antes	0,253	48	0,000	0,730	48	0,000
	Depois	0,158	48	0,004	0,922	48	0,004
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Antes	0,158	48	0,004	0,954	48	0,058
	Depois	0,22	48	0,000	0,908	48	0,001
Suporte Profilático e Terapêutico	Antes	0,367	48	0,000	0,714	48	0,000
	Depois	0,302	48	0,000	0,531	48	0,000
Vigilância Sanitária	Antes	0,332	48	0,000	0,525	48	0,000
	Depois	0,097	48	,200*	0,974	48	0,373
Vigilância Epidemiológica	Antes	0,268	48	0,000	0,696	48	0,000
	Depois	0,181	48	0,000	0,892	48	0,000

Fonte: (i) Adaptado do SPSS; (ii) $\alpha = 5\%$; (iii)* casos de não rejeição a H_0 .

Ambos os testes foram realizados após os dados colhidos terem sido transformados em seus respectivos logaritmos naturais, pois segundo Field (2011) tal procedimento reduz a possibilidade de causar discrepâncias em tais testes no *software* SPSS, de forma que a normalidade ou a homogeneidade geradas pudessem não ser estatisticamente significativas.

Adicionalmente, o teste de normalidade foi aplicado de forma individualizada, de maneira que o período antes do modelo gerencial (2002-2009) e o período em que tal modelo já possuía vigência (2010-2018) fossem tratados como amostras diferentes da mesma população. Por outro lado, para o teste de homogeneidade, não houve tal separação. Importante ressaltar que as variáveis “Normatização e Fiscalização” e “Direitos Individuais, Coletivos e Difusos” foram omitidas no teste pois se mostraram constantes nos períodos antes e depois respectivamente.

Posto isso, os resultados apresentados na tabela 2 demonstram que apenas as subfunções “Formação de Recursos Humanos” e “Vigilância Sanitária” possuiriam distribuição normal, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov que é o mais adequado para amostrais com mais de trinta observações. Entretanto, dado o tamanho da amostra recorre-se ao Teorema do Limite Central, que segundo Brooks (2002), o pressuposto de normalidade pode ser relaxado para situações em que a amostra se mostra suficientemente grande. Stevenson (1981) defende tal entendimento de maneira similar, afirmando que tal pressuposto pode ser relaxado quando há mais de 30 observações, como é o caso do presente estudo.

Tabela 3 – Teste de Homogeneidade

Função / Subfunções	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Saúde (Total)	1,151	16	85	0,324*
Administração Geral	8,141	16	85	0,000
Normatização e Fiscalização	6,759	16	85	0,000
Tecnologia da Informação	8,999	16	85	0,000
Formação de Recursos Humanos	11,222	16	85	0,000
Atenção Básica	3,294	16	85	0,000
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	0,583	16	85	0,888*
Suporte Profilático e Terapêutico	2,905	16	85	0,001
Vigilância Sanitária	3,963	16	85	0,000
Vigilância Epidemiológica	7,050	16	85	0,000
Direitos Individuais, Coletivos e Difusos	11,828	16	85	0,000

Fonte: (i) Adaptado do SPSS; (ii) $\alpha = 5\%$; (iii)* casos de não rejeição a H_0 .

Em relação ao teste de homogeneidade, apenas a função “Saúde” e a subfunção “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” apresentaram variâncias populacionais homogêneas ou que tendam a igualdade, ao grau de significância de 5%.

4.2 Teste de Comparação de Médias – Tabela ANOVA

Foi realizado o teste de diferença de médias pela tabela ANOVA de um fator, considerando a hipótese nula de que não haveria diferença entre as médias das subfunções antes e depois do modelo de gerenciamento. O resultado do teste é demonstrado na tabela 4.

Tabela 4 – Teste de Diferença de Médias - ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Saúde (Total)	Between Groups	24,664	1	24,664	206,775	0,000
	Within Groups	11,928	100	0,119		
	Total	36,593	101			
Administração Geral*	Between Groups	31,112	1	31,112	3,812	0,054
	Within Groups	816,045	100	8,160		
	Total	847,156	101			
Tecnologia da Informação*	Between Groups	46,313	1	46,313	2,183	0,143
	Within Groups	2121,222	100	21,212		
	Total	2167,535	101			
Formação de Recursos Humanos	Between Groups	186,301	1	186,301	27,391	0,000
	Within Groups	680,166	100	6,802		
	Total	866,468	101			
Atenção Básica	Between Groups	107,687	1	107,687	274,668	0,000
	Within Groups	39,206	100	0,392		
	Total	146,893	101			
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Between Groups	12,909	1	12,909	83,044	0,000
	Within Groups	15,545	100	0,155		
	Total	28,453	101			
Suporte Profilático e Terapêutico	Between Groups	2297,437	1	2297,437	87,587	0,000
	Within Groups	2623,037	100	26,230		
	Total	4920,474	101			
Vigilância Sanitária	Between Groups	55,182	1	55,182	55,322	0,000
	Within Groups	99,747	100	0,997		
	Total	154,93	101			
Vigilância Epidemiológica	Between Groups	905,178	1	905,178	46,038	0,000
	Within Groups	1966,149	100	19,661		
	Total	2871,328	101			

Fonte: (i) Adaptado do SPSS; (ii) $\alpha = 5\%$; (iii)* casos de não rejeição a H_0 .

Dentre todas as variáveis analisadas, apenas a “Administração Geral” e a “Tecnologia da Informação” apresentaram médias iguais no período analisado. Dessa forma, pode-se dizer que o crescimento nas despesas liquidadas do período foi maior do que a média na maioria das variáveis, mas que ainda não pode ser atrelado a mudança de modelo de gestão, tendo em vista outras variáveis que podem explicar melhor tal crescimento, mas que não foram incluídas no rol da análise.

4.3 Análise por Regressão Linear

Por fim, foi utilizado modelo de regressão linear múltipla a fim de medir o nível de explicação que a variável independente “Mudança de Modelo de Gestão” explica a variação

da variável independente “Despesas Liquidadas na Função Saúde”. Para tal, o modelo foi aplicado em duas etapas, onde: (i) foram consideradas como variáveis dependentes aquelas que apresentaram significância estatística no teste de diferença de médias, conforme tabela 4, desconsiderando aquelas que após rodar a regressão apresentarem baixa significância ou não atenderem aos pressupostos do modelo; e (ii) foram adicionadas como variáveis *dummy* o “modelo de gestão”, “plano plurianual”, “Copa do Mundo” e “Olimpíada”.

4.3.1 Pressupostos da Regressão

Segundo Corrar, Paulo e Dias Filho (2007), para a aplicação do modelo de regressão, alguns pressupostos precisam ser observados, sejam eles: (i) normalidade dos resíduos; (ii) homoscedasticidade dos resíduos; (iii) linearidade dos coeficientes; (iv) ausência de autocorrelação serial dos resíduos; e (v) multicolinearidade. Dentre as variáveis dependentes analisadas, foram utilizadas apenas as que apresentaram significância estatística no teste de diferença de médias, conforme tabela 4, desconsiderando aquelas que após rodar a regressão apresentaram baixa significância ou não atenderam aos pressupostos do modelo.

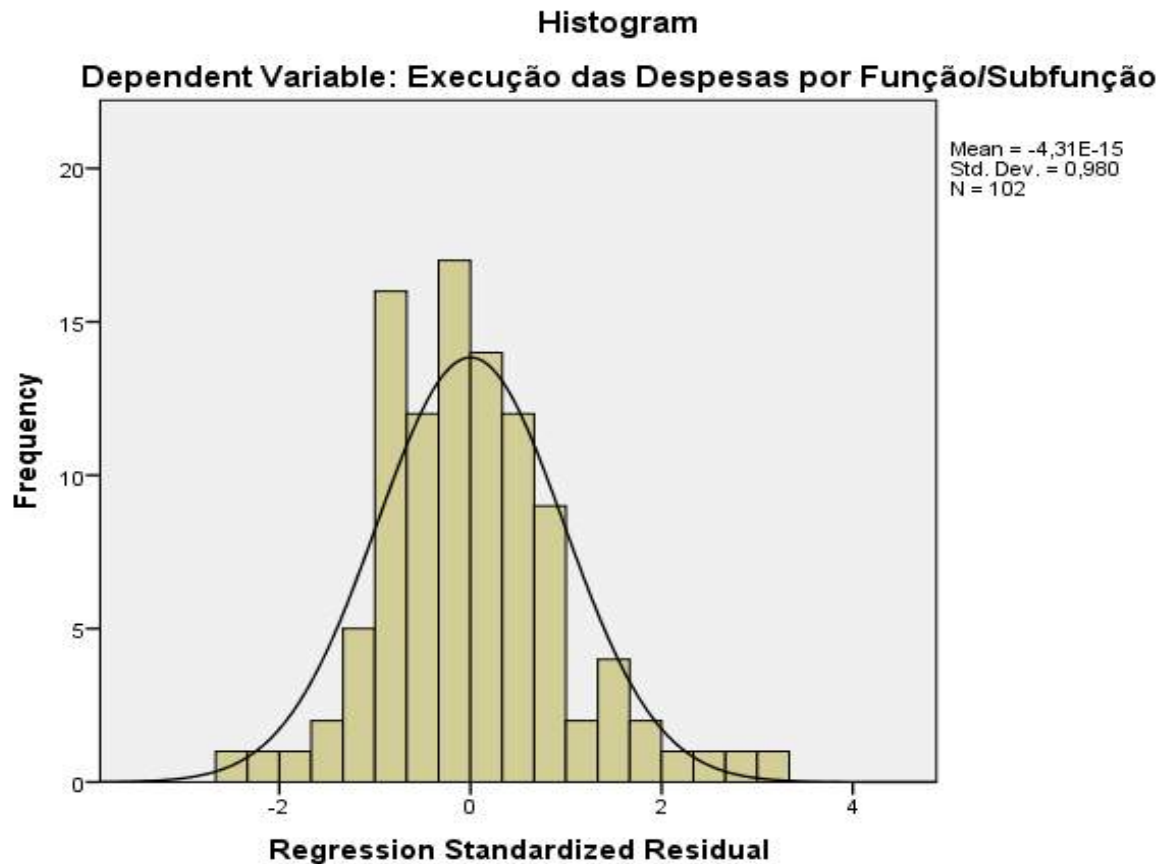
Para tanto, foram utilizados todos os dados de maneira conjunta, pelo método *stepwise*. Os resultados dos testes bem como todas as variáveis excluídas encontram-se sumarizados no anexo 1.

Dessa forma, considerou-se como atendido o pressuposto de não correlação dos resíduos, tendo apresentado um valor de 1,353 no teste Durbin-Watson, pois segundo Field (2009), o valor preocupante para tal estatística seria abaixo de 1 e acima de 3. No entanto, não se pode rejeitar a hipótese de correlação positiva dos resíduos, isso é, aqueles provenientes de variáveis que não tenham sido incluídas no modelo de regressão mais que influenciam nos regressores.

Em relação a multicolinearidade, foi realizado o teste do Fator de Inflação da Variância (FIV), onde todas as variáveis apresentaram valores abaixo de 2,09. Segundo Myers (1990), tal indicador passa a ser preocupante a partir de valores acima de 10.

Para o pressuposto de normalidade dos resíduos, foi verificado que os mesmos tendem a distribuição normal conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 2 – Teste de Normalidade dos Resíduos



Fonte: (i) Adaptado do SPSS; (ii) $\alpha = 5\%$.

4.3.2 Análise dos Resultados da Regressão

Após testar os pressupostos, conforme mencionado na sessão 4.3, buscou-se selecionar variáveis que não haviam sido consideradas no teste de diferença de médias, a fim de confirmar se a Mudança do Modelo de Gestão, ocorrida a partir de 2010, explica o aumento nas despesas liquidadas na função saúde, dentro de um intervalo de confiança estatístico. Para tanto, foi utilizado o modelo de regressão linear considerando todas as subfunções que apresentaram significância estatística no teste de diferença de médias, em conjunto com as variáveis *dummy* conforme quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das Variáveis Dummy

Anos	PPA ¹	PPA	Olimpíada 2016	Copa do Mundo 2014
2001	Luiz Paulo Conde	0	0	0
2002	Cesar Maia	1	0	0
2003	Cesar Maia	1	0	0
2004	Cesar Maia	1	0	0
2005	Cesar Maia	1	0	0
2006	Cesar Maia	1	0	0
2007	Cesar Maia	1	0	0
2008	Cesar Maia	1	0	1
2009	Cesar Maia	1	0	1
2010	Eduardo Paes	0	1	1
2011	Eduardo Paes	0	1	1
2012	Eduardo Paes	0	1	1
2013	Eduardo Paes	0	1	1
2014	Eduardo Paes	0	1	1
2015	Eduardo Paes	0	1	0
2016	Eduardo Paes	0	1	0
2017	Eduardo Paes	0	0	0
2018	Marcelo Crivella	1	0	0

Fonte: Elaboração própria, ¹ Descrição nominal do Plano Plurianual por regime de competência.

Além da variável “Plano Plurianual”, que em tese ofereceria poder explicativo na alteração orçamentária, foram inseridas as variáveis “Olimpíada” e “Copa do Mundo”, considerando que o anúncio do Brasil como sede de tais eventos ocorreu no mês de outubro dos anos de 2009 e 2007, respectivamente. Dessa maneira, tomou-se como premissa que o impacto de tais variáveis no orçamento municipal, caso pudesse ser medido, ocorreria nos anos posteriores, de 2010 e 2008, tendo em vista que não poderia haver alteração orçamentária faltando dois meses para o término do exercício na época em que o anúncio de tais eventos ocorreu. Ademais, cabe destacar que a “Olimpíada” enquanto variável *Dummy* teria um poder de explicação similar ao da mudança de Plano Plurianual para o do ex-prefeito Eduardo Paes, tendo em vista que seus efeitos na regressão se dariam no mesmo período.

Posto isso, o resultado da regressão, através do método *stepwise*, apresentou quatro modelos diferentes, onde no mais adequado foram excluídas as variáveis “Suporte Profilático e Terapêutico”, “PPA”, “Olimpíada”, “Atenção Básica” e “Vigilância Sanitária”. O resultado sumarizado dos modelos é apresentado na tabela 5.

Tabela 5 – Modelos de Regressão**Model Summary^e**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,945 ^a	,894	,893	,1973	
2	,978 ^b	,956	,955	,1279	
3	,979 ^c	,959	,958	,1235	
4	,980 ^d	,961	,959	,1216	1,353

a. Predictors: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

b. Predictors: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo.

c. Predictors: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo, Formação de Recursos Humanos.

d. Predictors: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo, Formação de Recursos Humanos, Copa.

e. Dependent Variable: Execução das Despesas por Função/Subfunção.

Fonte: (i) Adaptado do SPSS; (ii) $\alpha = 5\%$.

Com base nos resultados, o modelo 4 apresentaria não só um coeficiente de regressão maior, como também uma menor quantidade de erros do que os anteriores. Importante ressaltar que o alto valor do coeficiente se dá pelo fato de que as despesas liquidadas nas subfunções possuem alto poder de correlação e por consequência explicam mais esta variável, por fazerem parte do somatório da função “Saúde” que é tida como variável dependente do estudo. A significância estatística global de tais variáveis, para o modelo 4, pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6 – Tabela ANOVA – Modelo 4**ANOVA^a**

Model 4	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	35,159	4	8,790	594,851	,000 ^e
Residual	1,433	97	,015		
Total	36,593	101			

e. Predictors: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo, Formação de Recursos Humanos, Copa.

Fonte: (i) Adaptado do SPSS; (ii) $\alpha = 5\%$.

Com base nos resultados apresentados, pode-se afirmar que pelo menos um dos betas das variáveis é diferente de 0, assumindo dessa forma que pelo menos uma delas possui poder explicativo para a variação das despesas liquidadas na função saúde.

Tendo em vista que a significância global do modelo seria um reflexo do nível de explicação das variáveis “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” e “Formação de Recursos Humanos”, verificou-se através do teste de comparação de coeficientes, a significância das variáveis independentes de forma individualizada, a fim de verificar qual das *dummies* possuiria maior significância estatística para explicar a variação na despesa liquidada total na área da saúde. Tais resultados podem ser observados na tabela 7.

Tabela 7 – Análise individualizada dos Coeficientes
Coefficients^a

Model 4	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
(Constant)	4,086	,590		6,920	,000	2,914	5,257		
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	,789	,032	,696	24,905	,000	,726	,852	,517	1,933
Modelo	,399	,035	,333	11,488	,000	,330	,468	,481	2,080
Formação de Recursos Humanos	,015	,005	,071	3,054	,003	,005	,024	,745	1,343
Copa	-,053	,026	-,044	-2,054	,043	-,105	-,002	,893	1,119

a. Dependent Variable: Execução das Despesas por Função/Subfunção

Fonte: (i) Adaptado do SPSS; (ii) $\alpha = 5\%$.

Por fim, é possível notar que a variável “Modelo de Gestão” é significativa para explicar a variação no aumento do total de despesas liquidadas, ao nível de significância de 5%, apesar de apresentar mais resíduos e um FIV maior do que a variável “Copa do Mundo de 2014”. Tal resultado corrobora com aquele encontrado nos testes de diferença de média, no qual observou-se que as médias foram diferentes no período pré-modelo de gestão e pós. Dessa maneira, a relação entre os gastos públicos em saúde e a mudança do modelo de gestão, que instituiu as Organizações Sociais, é a de maior investimento no período após a implementação de tal modelo, onde a maior parte do aumento de despesas liquidadas ocorreu na assistência hospitalar e ambulatorial.

5 Considerações Finais

O objetivo do presente estudo foi analisar a relação entre o gasto na área da saúde e a inserção do novo modelo de gestão que instituiu as Organizações Sociais de Saúde (OSS), no município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2002 a 2018.

Após a coleta de dados, utilizou-se o montante de despesas liquidadas constantes no Relatório Resumido de Execução Orçamentária, excetuando-se aquelas intra-orçamentárias, e discriminando a função “Saúde” em suas subfunções. Na etapa de análise, foi realizado um teste de diferença das médias das despesas liquidadas antes da mudança de modelo e das médias das mesmas despesas liquidadas após a implementação de tal modelo. Por fim, foi realizada a análise através do modelo de regressão múltipla a fim de entender o nível de explicação da variação das despesas liquidadas após a implementação do modelo de gestão.

Considerado os resultados encontrados, há evidências estatísticas suficientes para rejeitar a hipótese nula, em relação igualdade das médias entre o período anterior a inserção do modelo de gestão gerencial, voltado para a descentralização, e o modelo burocrático. Adicionalmente, foi possível constatar que tal mudança explica, pelo menos em parte, o aumento da variação do total de despesas liquidadas na área da saúde.

Dessa maneira, pôde-se verificar que a relação entre os gastos públicos em saúde e a mudança do modelo de gestão, que instituiu as Organizações Sociais de Saúde, foi de maior investimento no período após a implementação de tal modelo, onde a maior parte do aumento de despesas liquidadas ocorreu na assistência hospitalar e ambulatorial.

Cabe destacar que as principais limitações do estudo foram: (a) circularização dos dados através de outros relatórios emitidos por força da Lei de Responsabilidade Fiscal; (b) utilização da variável “Mudança de governo” como variável *dummy*, tendo em vista que a mesma se comporta de maneira similar a outras variáveis dicotômicas utilizadas no estudo; (c) dificuldade de obtenção dos dados por classificação de natureza de despesa.

O presente estudo contribui para o entendimento sobre os impactos da mudança de modelo sobre o aumento do investimento na área da saúde, ainda que em períodos em que haveria outras variáveis que pudessem justificar tais gastos, como Olimpíada e Copa do Mundo.

Como sugestão para realização de pesquisas futuras, recomenda-se realizar um estudo bibliométrico a fim de mapear outras variáveis que poderiam explicar melhor tal variação, utilizar uma classificação de despesa diferente da função/subfunção, utilizar gastos efetivos e

não despesas liquidadas e ampliar o período compreendido da pesquisa tendo em vista que houve duas reeleições consecutivas, uma antes da implementação do modelo e a outra após.

Referências

- ALESSANDRA, I. **As disfunções do modelo de administração burocrática e as dificuldades de se implantar o modelo gerencial**. Revista Jus Navigandi, Teresina, Ano 21, n. 4758, jul. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/37713>>. Acesso em 28 mai. 2019
- ANDRÉ, M.A. **A efetividade dos contratos de gestão na Reforma do Estado**. RAP - Revista de Administração de Empresas, v. 39, n. 3, jul./set. 1999
- BARBOSA, N.B.; ELIAS, P. E. M. **As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010
- BEUREN, I.M. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2013
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 28 dez. 2018
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 13 mai. 2019
- _____. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. **Lei da Organização Social**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União mai. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm>. Acesso em 13 mai. 2019
- _____. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. **Lei da Responsabilidade Fiscal**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 15 mai. 2019
- BRESSER PEREIRA, L.C. **Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil**. Revista do Serviço Público. São Paulo, Ano 49, n. 1, jan./mar. 1998
- BROOKS, C. **Introductory econometrics for finance**. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- CAMPELO, G.S.B. **Administração pública no Brasil: ciclos entre patrimonialismo, burocracia e gerencialismo, uma simbiose de modelos**. Revista Ciência & Trópico, Recife, v. 34, n. 2, p. 297-324, 2010
- CHERCHIGLIA, M.L.; DALLARI, S.C. **A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência**. RAP - Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, n. 5, p. 65-84, set./out. 1999

- COELHO, V.S.; GREVE, J. **As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo**. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016
- CONTREIRAS, H.; MATTA, G.C. **Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 285-297, fev. 2015
- CORDEIRO, W.M. **Burocracia na construção da Administração Pública do século XXI: uma reflexão teórica**. IV Encontro Brasileiro de Administração Pública, João Pessoa, Paraíba, Anais... 2017
- CORRAR, L.J.; PAULO, E.; DIAS FILHO, J.M. **Análise Multivariada: para cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia**. São Paulo: Atlas, 2007
- FONSECA, J.J.S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
- FIELD, A. **Descobrimo a Estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Atmed, 2009
- GERIGK, W.; CLEMENTE, A.; TAFFAREL, M. **O Impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a Gestão Financeira dos Pequenos Municípios: o Caso do Paraná**. REPeC - Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade, Brasília, v. 4, n. 3, art. 3, p. 44-69, set./dez. 2010
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002
- HENRIQUE, M.A.; RICCI, F. **Administração pública burocrática versus gerencial: uma análise crítica**. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI 95 Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, Anais... 2011
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados populacionais por municípios**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 24 jan. 2019
- JORGE, M.M. **A Lei de Responsabilidade Fiscal e o controle social: Um estudo sobre os principais instrumentos disponibilizados à sociedade pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) - UnisulVirtual, Santa Catarina, 2018. Disponível em: <<https://riuni.unisul.br/handle/12345/5637>>. Acesso em 27 mai. 2019
- KLERING, L.R.; PORSE, M.C.S. **Em Direção a Uma Administração Pública Brasileira Contemporânea com Enfoque Sistêmico**. Desenvolvimento em Questão, Editora Unijuí, Ano 12, n. 25, jan./mar. 2014
- LEITE, L.Q. **A trajetória da Reforma do Estado no Brasil: a caminho de uma administração pública gerencial?**. I Semana de Pós-Graduação em Ciência Política da UFSCar, São Carlos. Anais... 2013
- LOPES, A.E.M.P.; et al. **A importância do papel gerencial para administração pública: um estudo de caso do gestor da Universidade Federal do Pará Campus Bragança – PA**. Ágora: Revista Divulgação Científica, v. 23, p. 95-115, jan./jun. 2018
- MARE (Ministério da Administração e Reforma do Estado). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em 05 jan. 2019

- MORAIS, H.M.M. et al. **Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v. 34, p. 1-13, 2018
- MYERS, R. **Classical and modern regression with applications.** Boston (MA): Duxbury. 1990
- PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, jun. 2018
- REZENDE, F.C. **Desafios gerenciais para a reconfiguração da administração burocrática brasileira.** Sociologias, Porto Alegre, Ano 11, n. 21, p. 344-365, jan./jun. 2009
- RIO DE JANEIRO. Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009 - **Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências.** Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, mai. 2009. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf>. Acesso em 18 mai. 2019
- SANO, H.; ABRUCIO, F.L. **Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo.** RAP - Revista de Administração de Empresas, v. 48, p. 64-80, jul./set. 2008
- SANTOS NETO, J.A., et al. **Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017
- SANTOS, A.F. **Administração Pública Brasileira: O Modelo Gerencial e as Ferramentas de Melhoria na Gestão Pública.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, Ano 03, ed. 08, v. 04, p. 69-85, ago. 2018
- STEVENSON, Willian J. **Estatística aplicada à Administração.** São Paulo: Harbra, 1981
- UGÁ, M.A. et al. **Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003
- VERÍSSIMO, D.P.A. **O princípio da transparência como um dos alicerces da Lei de Responsabilidade Fiscal.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XV, n. 107, dez 2012. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12508>. Acesso em 01 mai. 2019

Anexo 1 – ANOVA global dos modelos de Regressão

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	32,698	1	32,698	839,578	,000 ^b
Residual	3,895	100	,039		
Total	36,593	101			
2 Regression	34,973	2	17,486	1068,694	,000 ^c
Residual	1,620	99	,016		
Total	36,593	101			
3 Regression	35,097	3	11,699	766,550	,000 ^d
Residual	1,496	98	,015		
Total	36,593	101			
4 Regression	35,159	4	8,790	594,851	,000 ^e
Residual	1,433	97	,015		
Total	36,593	101			

a. Dependent Variable: Execução das Despesas por Função/Subfunção

b. Predictors: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial

c. Predictors: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo2

d. Predictors: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo2, Formação de Recursos Humanos

e. Predictors: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo2, Formação de Recursos Humanos, Copa2

Anexo 2 – Coeficientes de todos os modelos da Regressão

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1 (Constant)	-,982	,715		-1,373	,173	-2,400	,436		
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1,072	,037	,945	28,975	,000	,999	1,145	1,000	1,000
2 (Constant)	3,780	,615		6,151	,000	2,561	5,000		
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	,814	,032	,718	25,100	,000	,750	,879	,546	1,830
Modelo2	,405	,034	,337	11,791	,000	,337	,473	,546	1,830
3 (Constant)	3,973	,597		6,650	,000	2,787	5,158		
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	,795	,032	,701	24,783	,000	,731	,858	,521	1,918
Modelo2	,381	,034	,318	11,158	,000	,313	,449	,514	1,944
Formação de Recursos Humanos	,014	,005	,067	2,853	,005	,004	,023	,749	1,335
4 (Constant)	4,086	,590		6,920	,000	2,914	5,257		
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	,789	,032	,696	24,905	,000	,726	,852	,517	1,933
Modelo2	,399	,035	,333	11,488	,000	,330	,468	,481	2,080
Formação de Recursos Humanos	,015	,005	,071	3,054	,003	,005	,024	,745	1,343
Copa2	-,053	,026	-,044	-2,054	,043	-,105	-,002	,893	1,119

a. Dependent Variable: Execução das Despesas por Função/Subfunção

Anexo 3 – Variáveis excluídas de todos os modelos da Regressão

Excluded Variables ^a							
Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1 Suporte Profilático e Terapêutico	,154 ^b	4,368	,000	,402	,724	1,381	,724
Modelo2	,337 ^b	11,791	,000	,764	,546	1,830	,546
Copa2	,035 ^b	1,063	,290	,106	,975	1,025	,975
PPA2	-,130 ^b	-3,859	,000	-,362	,827	1,209	,827
Olimpiadas2	,177 ^b	5,547	,000	,487	,806	1,240	,806
Formação de Recursos Humanos	,131 ^b	3,814	,000	,358	,796	1,257	,796
Atenção Básica	,321 ^b	7,132	,000	,583	,350	2,855	,350
Vigilância Sanitária	-,050 ^b	-1,046	,298	-,105	,472	2,119	,472
Vigilância Epidemiológica	-,002 ^b	-,037	,970	-,004	,484	2,066	,484
2 Suporte Profilático e Terapêutico	,001 ^c	,027	,979	,003	,525	1,903	,396
Copa2	-,038 ^c	-1,743	,084	-,173	,899	1,112	,504
PPA2	,032 ^c	1,151	,252	,116	,573	1,746	,378
Olimpiadas2	-,065 ^c	-1,865	,065	-,185	,363	2,759	,246
Formação de Recursos Humanos	,067 ^c	2,853	,005	,277	,749	1,335	,514
Atenção Básica	,040 ^c	,778	,438	,078	,171	5,862	,171
Vigilância Sanitária	-,132 ^c	-4,611	,000	-,422	,451	2,218	,383
Vigilância Epidemiológica	-,057 ^c	-1,884	,062	-,187	,473	2,114	,377
3 Suporte Profilático e Terapêutico	,024 ^d	,807	,422	,082	,489	2,045	,350
Copa2	-,044 ^d	-2,054	,043	-,204	,893	1,119	,481
PPA2	,033 ^d	1,231	,221	,124	,573	1,746	,364
Olimpiadas2	-,057 ^d	-1,697	,093	-,170	,360	2,777	,233
Atenção Básica	,053 ^d	1,073	,286	,108	,169	5,911	,169
Vigilância Sanitária	-,126 ^d	-4,501	,000	-,416	,447	2,235	,363
Vigilância Epidemiológica	-,065 ^d	-2,229	,028	-,221	,469	2,130	,371
4 Suporte Profilático e Terapêutico	,007 ^e	,227	,821	,023	,447	2,239	,301
PPA2	-,001 ^e	-,030	,976	-,003	,353	2,830	,353
Olimpiadas2	-,032 ^e	-,845	,400	-,086	,282	3,552	,225
Atenção Básica	,065 ^e	1,337	,184	,135	,167	5,988	,167
Vigilância Sanitária	-,119 ^e	-4,214	,000	-,395	,435	2,301	,353
Vigilância Epidemiológica	-,059 ^e	-2,029	,045	-,203	,463	2,159	,364

a. Dependent Variable: Execução das Despesas por Função/Subfunção

b. Predictors in the Model: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial

c. Predictors in the Model: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo2

d. Predictors in the Model: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo2, Formação de Recursos Humanos

e. Predictors in the Model: (Constant), Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Modelo2, Formação de Recursos Humanos, Copa2

Anexo 4 – Colinearidade das Variáveis dos Modelos

Collinearity Diagnostics^a

Model	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions				
			(Constant)	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Modelo2	Formação de Recursos Humanos	Copa2
1 1	2,000	1,000	,00	,00			
2	,000	73,146	1,00	1,00			
2 1	2,652	1,000	,00	,00	,03		
2	,348	2,760	,00	,00	,53		
3	,000	112,874	1,00	1,00	,44		
3 1	3,616	1,000	,00	,00	,01	,00	
2	,362	3,160	,00	,00	,53	,00	
3	,022	12,844	,00	,00	,10	,97	
4	,000	133,645	1,00	1,00	,36	,03	
4 1	4,142	1,000	,00	,00	,01	,00	,02
2	,501	2,875	,00	,00	,02	,00	,75
3	,335	3,519	,00	,00	,52	,00	,22
4	,022	13,754	,00	,00	,09	,96	,00
5	,000	143,645	1,00	1,00	,36	,03	,01

a. Dependent Variable: Execução das Despesas por Função/Subfunção